Lane Medical Library

Aus dem Kreiskrankenhaus Oschersleben-Bode
(Leitender Arzt und Oberarzt der chir. Abtl. Dr. Esau)

Die Schambeintuberkulose

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

Vorgelegt von

Bernhard Braun

prakt. Arzt in Gröningen

Referent: Professor Dr. med. Völcker

Dekan: Professor Dr. med. Wätjen

Meiner Frau in Liebe zugeeignet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0056

Die Schambeintuberkulose.

Die Seltenheit der Schambeintuberkulose hat mich veranlaßt, an Hand eines länger beobachteten Falles dieser Erkrankung gründlich nachzugehen.

Die Krankengeschichte stellt sich folgendermaßen dar:

Der 17jährige Hans D. wurde am 6. VI. 29 in das Krankenhaus Oschersleben/Bode aufgenommen, nachdem schon vorher bei einer ambulanten Untersuchung im wesentlichen die Diagnose auf eine wahrscheinlich tuberkulöse Erkrankung im Bereiche des Beckens gestellt und zu einer stationären Behandlung geraten worden war.

Der Jüngling berichtet, daß er aus einer gesunden Familie stamme und ernstliche Erkrankungen bisher nicht durchgemacht habe. Nach dem Austritt aus der Schule ist er Musikerlehrling geworden. Der Beruf ist zeitweise anstrengend, da ungünstigen Witterungseinflüssen und nächtlichem Dienst nicht ausgewichen werden kann. Anfangs hat er sich auch wohl gefühlt; seit $^1/_2$ Jahre jedoch verspürt er gelegentlich Schmerzen in der Gegend des linken Hüftgelenkes. Vor etwa 4—5 Wochen ließen aber die Schmerzen, die er schilderte, nach, und er bemerkte in der linken Leiste eine allmählich wachsende weiche Schwellung, die ihm keine Beschwerden bereitete und ihn von der Teilnahme am Dienst nicht abhielt. D. gab an, daß der Appetit und das Wohlbefinden in diesen Wochen sich vermindert hätten; eine Gewichtsabnahme sei wahrscheinlich.

Befund: Lang aufgeschossener junger Mann; Gesichts- und Körperfarbe etwas blaß, mäßig entwickelte Muskulatur, sehr geringes Fettpolster. An den Organen der Körperhöhlen ist kein krankhafter Befund festzustellen. In der linken Schenkelbeuge bemerkt man eine rundliche Geschwulst von der Größe etwa eines Hühnereies. Die Haut zieht unverändert und gut verschieblich über sie hinweg. Seitlich davon fühlt man die Arteria femoralis pulsieren. Nach innen reicht die Geschwulst bis dicht an das Schambein heran. Die Geschwulst fühlt sich prall an, gibt ziemlich sicher das Gefühl von Fluktuation und scheint sich unter dem Ligamentum Pouparti nach innen in das Becken oder hinter die Symphyse fortzusetzen. Bei Druck ist eine Verkleinerung der Geschwulst nicht zu erzielen, man kann sie nicht komprimieren, sie pulsiert nicht und scheint demnach ein mit Flüssigkeit gefüllter abgeschlossener Sack zu sein. Die Geschwulst ist auch bei stärkerem Druck nicht schmerzhaft. Ebenfalls ihre Umgebung, vor allem die Symphyse ist bei Druck kaum empfindlich. Die über der Geschwulst liegende Haut läßt sich überall gut abheben, weist keine Rötung auf und fühlt sich nicht heiß an.

An dem Beckenring und an der Wirbelsäule finden sich keine Veränderungen, die Beweglichkeit ist in keiner Weise behindert, ein Stauchungsschmerz ist auf keine Weise auslösbar. Der Gang ist unbehindert; das Stehen auf dem einen oder anderen Beine macht keine Schmerzen, alle Bewegungen in beiden Hüftgelenken sind gleichmäßig und vollkommen frei auszuführen. Rektal kein krankhafter Befund. Die Körpertemperatur ist unter 37 Grad. Das Gewicht beträgt 53 kg (gegen früher 56—57 kg). Urin ohne krankhafte Beimengungen.

Das Röntgenbild des Beckens ergibt folgenden Befund:

An dem linksseitigen Anteil des Schambeins findet sich eine unregelmäßige und leicht fleckige Veränderung des

Knochens vom Tuberkulum pubis, das zerstört erscheint, abwärts. Der Ramus superior ist stärker als der Ramus inferior befallen, die mediale Begrenzung des Foramen obturatorium ist glatt. Der Krankheitsherd läßt außerdem einen etwa 1 cm breiten, gesund aussehenden Knochenbezirk hier erkennen. Kleine Sequester sind vorhanden.

Diagnose: Tuberkulose des linken Schambeins mit Senkungsabszeß nach dem Oberschenkel hin.

Behandlung: Bettruhe, Freiluft-Liegekur.

4. VI. Punktion des kalten Abszesses. Es werden 60 ccm gelblichen, dünnflüssigen und geruchlosen Eiters entleert. 5 ccm Jodoformglyzerin werden injiciert. Mikroskopisch finden sich reichlich Eiterkörperchen; Tuberkelbazillen werden nicht gefunden.

17. VI. Die Abszeßhöhle hat sich wieder gefüllt. Es werden etwa 100 ccm der gleichen Flüssigkeit entleert, und wieder 10 ccm Jodoformglyzerin eingefüllt.

4. VII. Nochmalige Punktion und Jodoformglyzerininjektion in gleicher Weise; dazu eine Röntgentiefenbestrahlung.

Inzwischen hat sich der Allgemeinzustand bereits sichtlich gehoben. Fieber und Nachtschweiße sind nie aufgetreten, der Appetit und die Nahrungsaufnahme sind gut.

24. VII. Wiederum Punktion; 120 ccm einer gelblichen, klaren, etwas fadenziehenden Flüssigkeit werden entleert. Danach werden 5 ccm Jodoformglyzerin eingefüllt. Das Aussehen der Flüssigkeit hat sich dem bloßen Aussehen nach gegen das letzte Punktat ganz auffallend geändert. Mikroskopisch finden sich nur ganz spärlich Leucocyten.

Erst am 4. IX. hat sich der Abszeß soweit wieder angefüllt, daß eine Punktion rätlich scheint. Es werden 140 ccm

entleert und 5 ccm Jodoformglyzerin nachgefüllt. Auch dieses Punktat ist ganz klar.

27. IX. Eine wesentliche Füllung ist noch nicht nachweisbar. Die frühere sichtbare Geschwulst ist verschwunden. Irgendwelche Druckschmerzhaftigkeit besteht nicht. Der Patient war die letzte Zeit meist außer Bett, lag bei gutem Wetter im Freien, hat eine allgemein luftgefärbte Haut, hat ein Gewicht von 61 kg erreicht und fühlt sich sehr wohl.

Entlassung in hausärztliche Kontrolle mit dem Rat, hinsichtlich des Dienstes, besonders nächtlicher Berufsarbeit sehr vorsichtig zu sein, und sich von Zeit zu Zeit hier vorzustellen.

Auch später Anhalten der Besserung.

Zusammenfassung.

Bei einem 17 jährigen Jüngling entwickelte sich zunächst unter den undeutlichen Zeichen einer allgemeinen Gesundheitsbeeinträchtigung — Appetitmangel, Gewichtsverlust, unbestimmte Schmerzen in der linken Beckenhälfte — innerhalb mehrerer Monate eine Schambeintuberkulose; im fünften Monat der Erkrankung machte sich eine Geschwulst in der linken Leistengegend bemerkbar, die den Kranken veranlaßte, zum Arzt zu gehen. Es wurde durch Röntgenaufnahme eine linksseitige Schambeintuberkulose mit durch Punktion klargestelltem kalten Abszeß in der linken Seite diagnostiziert. Die Behandlung bestand in einer Freiluft-Liegekur, wiederholter Abszeßpunktion mit Einfüllung von Jodoformglyzerin und Röntgenbestrahlung. Es gelang, den Kranken sich gut erholen zu lassen und den anfangs eitrigen Inhalt des kalten Abszeß in eine klare, seröse Flüssigkeit umzuwandeln. Eine Fistelbildung bezw. einen Durchbruch des Abszesses in andere Nachbarorgane (Blase, Samenblase, Urethra, Rektum) oder in angrenzende Weichteile gelang es bisher zu vermeiden.

Die Tuberkulose der platten Knochen ist nicht häufig, und so finden wir im Bereich der Beckenknochen die Tuberkulose nur recht spärlich an. Nur Schädelknochen und Schulterblatt sind noch seltener von tuberkulösen Prozessen befallen.

Das Krankheitsbild der Schambeintuberkulose, so selten zur Beobachtung kommend, ist aber doch schon sehr lange bekannt und beobachtet; es beanspruchte immer ein gewisses Interesse.

Wilmot brachte zuerst eine Beschreibung des Krankheitsbildes, der eine für Deutschland maßgebliche von Hennies folgte.

Erst die Möglichkeit, mit Hilfe der Röntgenstrahlen Umfang und Sitz des Krankheitsherdes schon frühzeitig zu klären, brachte neue Momente in die vorliegende Frage.

Die Schambeintuberkulose befällt beide Geschlechter in so gut wie gleicher Weise. Kein Lebensalter wird von ihr freigelassen, auch das jüngste nicht (3 Jahre), und findet sich im höchsten Alter. Besonders bemerkenswert ist das Vorkommen einer Symphysenruptur bei tuberkulöser Erkrankung des Schambeins und das Auftreten von Schambeintuberkulose nach dem Wochenbett. Ferner auffällig dabei ist die Malignität der Tuberkulose in diesen Fällen, ganz im Gegensatz zu dem sonst ganz überwiegend gutartigen Verlauf der Schambeintuberkulose.

Wie bereits eingangs gesagt wurde, hat man der Schambeintuberkulose stets eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das hat wohl verschiedene Gründe. Vor allem wohl den, daß Gynäkologen, Chirurgen und Urologen, in zweiter Linie auch der Hautarzt interessiert waren an dem außerordentlich wechselnden und scheinbar willkürlichen Ablauf der nicht immer leicht erkennbaren Erkrankung. So geschah es, daß in Folge der Zusammenarbeit der verschiedenen Fachärzte ein verwickeltes Krankheitsbild mit allen seinen

Variationen erfolgreich in Arbeit genommen werden konnte. Auf Grund der normal anatomischen Verhältnisse konnte den Wegen nachgegangen werden, welche die Eitersenkungen nehmen, und konnten überraschende Endbefunde befriedigend gedeutet werden, deren Lösung früher unmöglich erschienen war. Die mehr oder weniger sorgfältige Beobachtung von gut 112 Fällen aus der Literatur, in besonders eingehender und kritischer Weise von Joachimovits bearbeitet, hat ein gutes Bild der Schambeintuberkulose zu schaffen vermocht.

Auf Grund großer Statistiken hat man den Prozentsatz der Schambeintuberkulose zu berechnen versucht. Die überwiegende Zahl der Veröffentlichungen sind Berichte über Einzelfälle uud Zufallsbefunde. Nur einige Arbeiten haben mehrere eigene Fälle zur Verfügung und man muß schon auf die Zahlen aus großen Instituten zurückgreifen, um ein richtiges Ergebnis zu bekommen. Diesen Weg haben schon andere Bearbeiter betreten und sie fanden dabei einen Prozentsatz der Schambeintuberkulose zur chirurgischen Tuberkulose an anderen Stellen von 0,11% bis 0,18%, was einem Durchschnitt von etwa 0,15% bei Zugrundelegen von einigen Tausend Fällen entspricht.

Ueber die Aetiologie der Erkrankung ist nicht viel anderes zu sagen, als über chirurgische Tuberkulose überhaupt. Wir können mit allergrößter Sicherheit annehmen, daß es sich bei den tuberkulösen Herden um sekundäre Prozesse handelt, daß Drüsen (Brust- und Bauchhöhle) infektiöses Material beherbergen, welches durch die Blutbahn verschleppt wird, falls nicht eine offene Tuberkulose besteht und erkannt ist. Das Fehlen eines nachweislich vorhandenen Herdes mag vielleicht Mitursache der ausgesprochenen guten Heilungsneigung sein, die wir auch bezüglich des okkulten Herdes durch unsere therapeutischen Maßnahmen, wie weiter unten ausgeführt werden wird, kräftig unterstützen wollen.

Die kleinsten Gefäße der Epiphyse sind Endarterien bis in das spätere Lebensalter. Ein bakterienführender Embolus wird Ursache zur örtlichen Infektion. Und in ganz seltenen Fällen scheint die tuberkulöse Infektion im Knorpel der Schambeinfuge oder in Periost sich anzusiedeln, um von da aus erst später auf den Knochen überzugreifen. Praktisch kommt als Erkrankungsherd aber der Knochen in Frage, anscheinend der Ramus superior ossis pubis bevorzugt vor dem absteigenden Ast. Ausgesprochene Frühfälle sind anscheinend garnicht bekannt, eine Tatsache, welche sich leicht aus der auffallenden Symptomlosigkeit des Leidens während längerer Monate herleiten läßt, eine auch sonst bei mit kalten Abszessen einhergehender Tuberkulose bekannte Eigenschaft dieser ausgesprochen chronisch verlaufenden Erkrankungen. Erst die Beeinträchtigung empfindlicher Nachbarorgane oder Erscheinungen und Veränderungen an der Körperoberfläche lassen den Kranken und den Arzt aufmerken.

Diagnose: Die relative Seltenheit der Schambeintuberkulose darf nicht dazu verführen, sie zu übersehen. Wie aus dem Obengesagten hervorgeht, macht die Tuberkulose des Schambeins, ähnlich wie die tuberkulösen Erkrankungen anderer Stellen des Körpers anfänglich keine ausgeprägten Erscheinungen; sie entwickelt sich langsam ohne lokale Reizerscheinungen, die frühzeitig auf das Leiden hinweisen könnten. Dann erst machen sich Fernwirkungen und Allgemeinerscheinungen bemerkbar. Endlich und oft recht spät treten die sekundären Zeichen, oft fern vom Krankheitsherd, an die Oberfläche und lenken die Aufmerksamkeit des Kranken und des Arztes durch sicht- oder fühlbare Veränderungen auf den in der Tiefe schwelenden Krankheitsherd hin. In unserem Falle ist es der in der Schenkelbeuge erscheinende kalte Abszeß.

Nun ist die Schenkelbeugengegend schon immer ein differentialdiagnostisch sehr interessantes und nicht immer

ganz einfaches Gebiet gewesen. Einmal treffen wir hier auf die verschiedenartigen Hernien, bei denen die einfache unkomplizierte Leistenhernie sich leicht von der Schenkelhernie unterscheiden läßt. Bei unvollständigen Hernien, bei interstitiellen Hernien, bei mehrkammerigen Hernien, vor allem wenn sie als irreponible oder inkarzerierte auftreten, beginnen manchmal ernstere diagnostische Schwierigkeiten. Es bedarf dann einer genauesten Untersuchung, um alle Möglichkeiten gegeneinander abzuwägen und die spezielle Diagnose zu stellen.

Weiterhin darf man nicht vergessen, daß Veränderungen an den Gefäßen vorkommen, die, übersehen, verhängnisvoll geworden sind. Man wird ein Aneurysma der Arteria femoralis nicht leicht übersehen, wenn es keine entzündlichen Begleiterscheinungen aufweist. Allerdings ist es während der Kriegsjahre mit dem ungewöhnlich reichen und von dem schulmäßigen Befund häufig abweichenden Aneurysmamaterial nicht gerade selten vorgekommen, daß ein unter entzündlichen Zeichen sich entwickelndes Aneurysma für einen Abszeß gehalten und entsprechend behandelt wurde, einer Inzision, die den Operateur vor eine schwere Aufgabe stellte.

Nicht selten sind es besonders stark ausgebildete variköse Ausbuchtungen der Vena femoralis und der Vena saphena, die bei oberflächlicher Betrachtung Geschwülste vortäuschen können.

Akut oder chronisch verdickte Lymphdrüsen haben schon oft genug zu Fehldiagnosen geführt. Eine genaue Anamnese, eine eingehende Untersuchung des ganzen Beines, der Genitalien, vor allem auch des Mastdarms führen häufig zu der richtigen Erkennung des Leidens. Man muß immer daran denken, daß sogar okkulte Carcinome auch gelegentlich Fernmetastasen machen können. Schließlich findet man in seltenen Fällen auch echte Geschwülste, die der Leistenschenkelgegend eigentümlich sind, die zum Teil zu den Mischgeschwülsten gehören und beim weiblichen Geschlecht ihren

Ausgang vom Ligamentum rotundum nehmen. Auch cystische Gebilde gibt es an dieser Stelle beim Weibe; ebenso wie hochgelegene einfache oder Zwerchsackhydrocelen am Samenstrang hinsichtlich ihrer Erkennung Schwierigkeiten zu machen imstande sind.

Selbst gutartige Tumoren verursachen manchmal schwere Knochenzerstörungen, vor allem durch ihren Wachstumsdruck, die häufig zwar ein charakteristisches Bild hervorbringen, in anderen Fällen sich aber von malignen Tumoren nicht unterscheiden. In jüngster Zeit brachte Saupe hierfür ein Beispiel: Schwere Destruktion des Os pubis durch ein an sich gutartiges Lymphangiom; daneben fand sich aber noch ein Sarkom der Schilddrüse, das den Tod des Mannes verursacht hatte.

Daß man in früheren Jahren, als noch die Appendicitis konservativ behandelt wurde, gelegentlich Senkungsabszesse entlang der Beckenmuskulatur mit Austritt unter oder über dem Ligamentum Pouparti in verschieden weiter Ausdehnung auf den Oberschenkel sah, sei nur kurz notiert.

Aber auch am Knochen sieht man in ganz seltenen Fällen Prozesse anderer Herkunft, die von der Tuberkulose zu unterscheiden und abzutrennen sind; zunächst einmal die Lues, die wegen ihrer besonderen Seltenheit nicht weiter berücksichtigt zu werden braucht.

Dann jedoch die akute Osteomyelitis des Schambeins; auch sie ist recht selten, der Verlauf aber meist viel schlimmer und hochfieberhaft; das jugendliche Alter und merkwürdigerweise die Knaben sind 5 mal mehr beteiligt als die Mädchen. Eine Arbeit von Zaffagnini (1929) stellte 29 Fälle aus der Weltliteratur zusammen.

Es schreitet der kalte Abszeß, der sich um den Erkrankungsherd am Knochen allmählich bildet und vergrößert, aber durchaus nicht immer nach der Oberschenkelvorderseite, oberflächenwärts. Der Eiter sucht häufig gerade sehr

verzwickte Wege und erreicht die Oberfläche z. B. an der Innen- und Rückseite des Oberschenkels, er wandert unter oder in den Bauchdecken nach oben, nabelwärts, er bricht in die Harnblase, in den Hodensack, beim Weibe in die Vagina durch. Diese Ausgänge stellten den Arzt vor die größten diagnostischen Schwierigkeiten.

Da ist dann das Röntgenbild, wie so vielfach auf zahlreichen Gebieten, das entscheidende Hilfsmittel; mit einem Schlage ist die verwickelte Lage geklärt. Die meist deutlichen und erheblichen Veränderungen am Knochen sind unverkennbar.

Schließlich muß man sich bei der Beurteilung eines Röntgenbildes immer daran erinnern, daß Reste von Frakturen oft sonderbare Bilder abgeben, und daß auch Abnormitäten in der Knochenbildung vorkommen, die eine diagnostische Entscheidung beträchtlich erschweren. So berichtete Janker vor kurzem über einen Röntgenbefund am Schambein, der mit absoluter Sicherheit eine Entscheidung, ob Fraktur oder Ossifikationsstörung, nicht zuließ.

Die **Prognose** der Schambeintuberkulose scheint eine gute zu sein. Es kommt, wie bei so vielen Leiden, besonders darauf an, sie möglichst rechtzeitig zu erkennen und zweckmäßig zu behandeln. Gefährlich ist das Leiden, wenn es einen ausgesprochen bösartigen Charakter zeigt, durch profuse Eiterverluste den Kranken zu schnellem Siechtum bringt und vor allem dann, wenn die Tuberkulose des Schambeins nur eine Teilerscheinung und begleitet ist von Tuberkulose der Lunge, des Darmes und vor allem der Nieren. Auch die Erkrankung während oder nach der Schwangerschaft ist als ungünstig und sehr häufig tödlich endend anzusehen. Sonst ist in mehr als 60% mit einer vollkommenen Ausheilung sicher zu rechnen.

Die **Behandlung** richtet sich nach dem Zustand, welchen der Kranke beim Eintritt in die ärztliche Behandlung

darbietet und verlangt wohl in allen Fällen und zunächst eine allgemeine körperliche Kräftigung und Erhöhung der Widerstandskraft. Gerade die letzten Jahrzehnte haben in dieser Beziehung ganz wesentliche vorteilhafte Änderungen gebracht und haben glänzende Erfolge gezeitigt. Da ist es vor allem neben einer zweckmässigen Ernährung, die hochwertige Nahrungsmittel in der Appetit anregenden Form verwendet, die jetzt schon weit verbreitete Freiluftbehandlung, verbunden mit einer allmählich gesteigerten und sehr vorsichtig fortschreitenden natürlichen Sonnenbestrahlung. Die Ergebnisse dieser verhältnismäßig einfachen, überall durchführbaren Behandlungsart sind so hervorragend, daß man gern die aufgewendete, allerdings lange Behandlung in Kauf nimmt.

Daneben soll man auf die chirurgischen Behandlungsmethoden, die sich auf Punktion geschlossener Abszesse, auf Fistelspaltungen und auf Entfernung oberflächlicher Sequester und Gewebsnekrosen, in vorsichtiger Weise und beschränktem Ausmaß keinesfalls verzichten. Nur die großen und verstümmelnden Eingriffe sollen unbedingt unterbleiben, solange eine vitale Indikation sie nicht rechtfertigt und verlangt.

Außerdem haben wir im Röntgenlicht mit der Tiefentherapie ein weiteres Heilmittel und können im Bedarfsfalle auf eines der vielen anderen Hyperämiemittel (Quecksilberlampe, Diathermie) zurückgreifen; Impfstoffe und interne Medikamente, z. B. Jod in kleineren Dosen über lange Zeit hinaus gegeben, sind manchmal wertvolle Unterstützungsmittel.

Eine genaue Kontrolle vom Puls und Temperatur, des Urins und des Gewichts neben der dauernden Beobachtung der erkrankten Teile (öfters Röntgenaufnahmen) und natürlich des ganzen Menschen überhaupt ist eine selbstverständliche Voraussetzung.

Für die Überlassung des Falles und freundliche Unterstützung danke ich Herrn Dr. Esau bestens.

Literatur

1. Wilmot, Lancet 1872, I
2. Hennies Inaug. Diss. Greifswald 1888
3. Francois Aman-Jean C. Bl. Chir. N. 45/1927 S. 2874
4. Madlener Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 196
5. Joachimowits D. Z. f. Chir. Bd. 219 gesamte Literatur
6. Zaffagnini Centr. Bl. Chir. 13/823
7. Saupe Röntgenpraxis II Heft 10
8. Janker Röntgenpraxis II Heft 11

Lebenslauf

Ich wurde geboren am 20. August 1891 als Sohn des Lehrers Emil Braun zu Niedersteinbrunn im Elsaß. Ich besuchte die Volksschule, das Gymnasium in Zillisheim, wo ich 1911 absolvierte. Ich studierte in Straßburg und Freiburg i. Br. und bestand im Febr. 1914 die ärztliche Vorprüfung, diente als Einj.-Freiw. im 1. Unterels. I. R. 132 zu Straßburg, nahm am Feldzug teil von 1914—18, legte 1918 die Staatsprüfung ab und erhielt 1918 die Approbation. Durch den Friedensvertrag wurde ich Franzose, bis ich 1927 wegen politischer Unzuträglichkeiten das Land verließ und in Baden eingebürgert wurde. Zunächst übernahm ich bald hier, bald dort Vertretungen, bis ich mich im Jahre 1929 in Gröningen als prakt. Art niederließ.

Druck. Gebr. Bieler, Halle-S.